



MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS

GdT ARRITMIAS Y SÍNCOPE SEMES-ANDALUCÍA

Coordinación Francisco Ruiz Romero – Ángel Álvarez Márquez

NOVIEMBRE 2022



ESCENARIO 3

MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN EL BINOMIO FIBRILACIÓN AURICULAR – SÍNDROME CORONARIO AGUDO

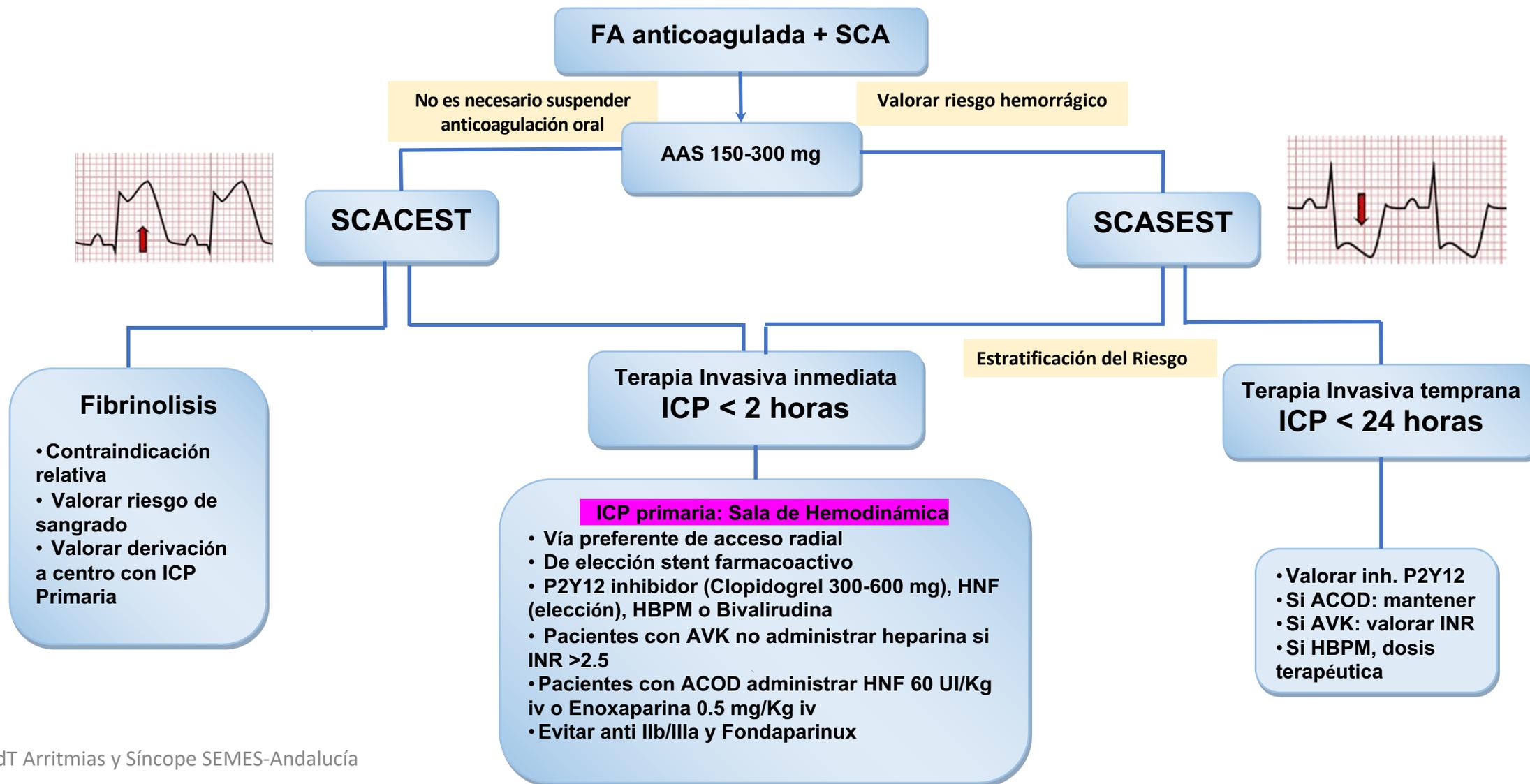


Maribel Castillo Trujillo
Antonio Martín Páez

GdT ARRITMIAS Y SÍNCOPE SEMES-ANDALUCÍA

NOVIEMBRE 2022

FIBRILACIÓN AURICULAR Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO



Recomendaciones en todo paciente con SCA

- **Valoración inicial: Síntomas, ECG**
- **Diagnóstico y Evaluación del riesgo:**
 - Determinación Tnl y técnicas de imagen no invasivas
 - Determinación NT-proBNP con valor pronóstico
 - Evaluación del riesgo hemorrágico:
 - Academic Research Consortium For High Bleeding Risk (**ARC-HBR**) como alternativas a las escalas **CRUSADE** y **ACUITY**. El valor que otorga la guía al uso de escala para optimizar la duración e intensidad del tto antiagregante plaquetario doble tras ICP
 - Evaluación riesgo trombótico o eventos isquémicos futuros:
 - Escala **GRACE** ayuda a identificar los pacientes con SCASEST que se benefician de intervención precoz

En nuestro escenario, no existe ninguna escala validada para pacientes anticoagulados

— Criterios Mayores

- Uso previsto de ACO a largo plazo ⁽¹⁾
- ERC con TFGe <30 ml/min⁽²⁾
- Hemoglobina <11 g/dl
- Hemorragia espontánea que ha precisado hospitalización y/o transfusión en los últimos 6 meses o en cualquier momento si fuera recurrente
- Trombocitopenia <100 000/ μ l³
- Diátesis hemorrágica crónica
- Cirrosis con hipertensión portal
- Neoplásica activa⁽⁴⁾
- Antecedentes de HIC espontánea
- Antecedentes de HIC traumática últimos 12 meses
- Malformación arteriovenosa cerebral
- ACV isquémico moderado o grave⁽⁵⁾ últimos 6 meses
- Operación importante reciente o traumatismo grave en los 30 días anteriores a la ICP
- Operación importante impostergable en paciente que recibe DATP

Escala ARC-HBR

— Criterios menores

- Edad \geq 75 años
- ERC con TFGe de 30-59 ml/min
- Hb 11-12,9 g/dl en ♂ ; 11-11,9 g/dl en ♀
- Hemorragia espontánea que haya requerido hospitalización y/o una transfusión sanguínea en los últimos 12 meses que no cumplan el criterio mayor
- Uso crónico de AINE o glucocorticoides
- Antecedente de ACV isquémico en cualquier momento que no cumpla el criterio mayor.

El riesgo de hemorragia se considera alto si se cumplen al menos 1 criterio mayor o 2 menores.

SCA CON ELEVACIÓN ST

- **Tratamiento Antiagregante:**

- AAS: 150–300 mg en dosis de carga (75-259 mg iv) seguir con 75-100 mg/24 h vo
- No está recomendado el pretratamiento sistemático con un inhibidor P2Y12 cuando se planea una estrategia invasiva temprana en pacientes con anatomía coronaria desconocida

- **Terapia invasiva Inmediata < 2h: tratamiento de elección**

- La ICP debe realizarse sin interrupción de los AVK o ACOD
- Vía de acceso de elección es radial
- Se recomienda la utilización de stent farmacoactivos
- Tras conocer la anatomía coronaria, se administrará **Clopidogrel** 300-600 mg en dosis de carga y continuar con 75 mg/24 h. No es necesario ajustar dosis en IR
- Heparina antes ICP (de elección HNF):
 - AVK: no administrar HNF si INR > 2.5
 - ACOD: administrar HNF 60 UI/Kg o HBPM 0.5 mg/Kg, independientemente de la hora de la toma
- Inhibidores de la GP IIb/IIIa, Bivalirudina, sólo en caso de rescate o complicaciones del procedimiento

- **Fibrinolisis:** Es contraindicación relativa, hay que valorar el riesgo/beneficio e intentar derivación a centro con ICP primaria

Paciente SCACEST y FA

Tratamiento Antiagregante



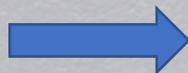
- **AAS:** 150–300 mg vo en dosis de carga (75-259 mg iv) seguir con 75-100 mg/24 h
- Debe evitarse Inhibidor P2Y₁₂ como pretratamiento de forma sistemática

Tto Elección: Terapia invasiva Inmediata < 2h



- NO interrumpir la anticoagulación (AVK ni ACOD) para ICP
- Inhibidor P2Y₁₂ tras conocer anatomía coronaria: **Clopidogrel** 300-600 mg en dosis de carga y continuar con 75 mg/24 h. No es necesario ajustar dosis en IR
- Heparina antes ICP:
 - Si toma AVK: no administrar HNF en si INR > 2.5
 - Si toma ACOD: HNF 60 UI/Kg o HBPM 0.5 mg/Kg independientemente de la hora de la toma
- Inhibidores de la GP IIb/IIIa, Bivalirudina sólo en caso de rescate o complicaciones del procedimiento

Fibrinólisis



Es contraindicación relativa, hay que valorar el riesgo/beneficio e intentar derivación a centro con ICP primaria

SCA SIN ELEVACIÓN ST

- **Tratamiento Antiagregante:**

- AAS: 150-300 mg vo en dosis de carga (75-259 mg iv) continuar con 75-100 mg/24 h
- Evitar el Inhibidor P2Y₁₂ como pretratamiento de forma sistemática

- **Estratificación del riesgo:**

RIESGO MUY ALTO

- Inestabilidad hemodinámica
- Shock cardiogénico
- DT recurrente o refractario
- Arritmias potencialmente mortales
- Complicaciones mecánicas del IAM
- ICA relacionada con el SCASEST
- Depresión del ST >1mm en 6 derivaciones y elevación en aVR y/o V1

RIESGO ALTO

- Diagnóstico confirmado de IAMSEST
- Cambios dinámicos contiguos o nuevos del ST (sintomáticos o silentes)
- RCP por parada cardíaca sin elevación del ST o shock cardiogénico
- Puntuación GRACE > 140

RIESGO BAJO

- Ausencia de cualquiera de las características del riesgo alto o muy alto

SCA SIN ELEVACIÓN ST

- **Terapia invasiva inmediata (< 2h): Paciente Muy Alto Riesgo**

- La ICP debe realizarse sin interrupción de los AVK o ACOD
- Vía de acceso radial
- Utilizar stent farmacoactivos
- No está recomendado el pretratamiento sistemático con un inhibidor del P2Y12 cuando se planea una estrategia invasiva temprana en pacientes con anatomía coronaria desconocida
- Se administrará tras conocer anatomía coronaria **Clopidogrel** 300-600 mg en dosis de carga y continuar con 75 mg/24 h. No es necesario ajustar dosis en IR
- Heparina antes ICP:
 - Si toma AVK: no administrar HNF a los pacientes tratados AVK si el INR > 2.5
 - Si toma ACOD: administrar dosis baja HNF 60 UI/Kg o HBPM 0.5 mg/Kg, independientemente de la hora de la toma
- Bivalirudina sólo en caso de rescate o complicaciones del procedimiento
- Evitar Inhibidores de la GP IIb/IIIa y Fondaparinux

SCA SIN ELEVACIÓN ST

• Terapia invasiva temprana (< 24h): Paciente de Alto Riesgo

- NO interrupción de los AVK o ACOD
- Vía de acceso radial
- Utilizar stent farmacoactivos
- Evitar Inhibidor P2Y₁₂ como pretratamiento de forma sistemática. Valorar riesgo trombótico y hemorrágico. **Clopidogrel** 300-600 mg en dosis de carga y continuar con 75 mg/24 h. No es necesario ajustar dosis en IR
- Heparina antes ICP:
- Si toma AVK: no administrar HNF si el INR > 2.5
 - Si toma ACOD: administrar HNF 60 UI/Kg o HBPM 0.5 mg/Kg, independientemente de la hora de la toma
- Evitar Inhibidores de la GP IIb/IIIa y Fondaparinux

• Terapia electiva: Paciente de Bajo Riesgo

Paciente SCASEST y FA

Tratamiento antiagregante

Estratificación del riesgo

Terapia Invasiva

AAS: 150–300 mg vo en dosis de carga (75-259 mg iv) seguir con 75-100 mg/24 h
 Evitar el Inhibidor P2Y12 como pretratamiento de forma sistemática

Riesgo Muy Alto:

- Inestabilidad hemodinámica o shock cardiogénico
- Dolor torácico recurrente o refractario a tto médico
- Arritmias potencialmente mortales
- Complicaciones mecánicas del IAM, insuf. cardiaca
- ECG: Depresión ST > 1mm en 6 derivaciones y elevación ST en AVR y/o V1

Riesgo Alto:

- Diagnóstico confirmado de IAMSEST
- Cambios dinámicos ST (sintomáticos o silentes)
- RCP por parada cardíaca sin elevación del ST o shock cardiogénico
- Escala Grace >140

Riesgo Bajo:
 En ausencia de las características de los anteriores

Terapia invasiva inmediata < 2h

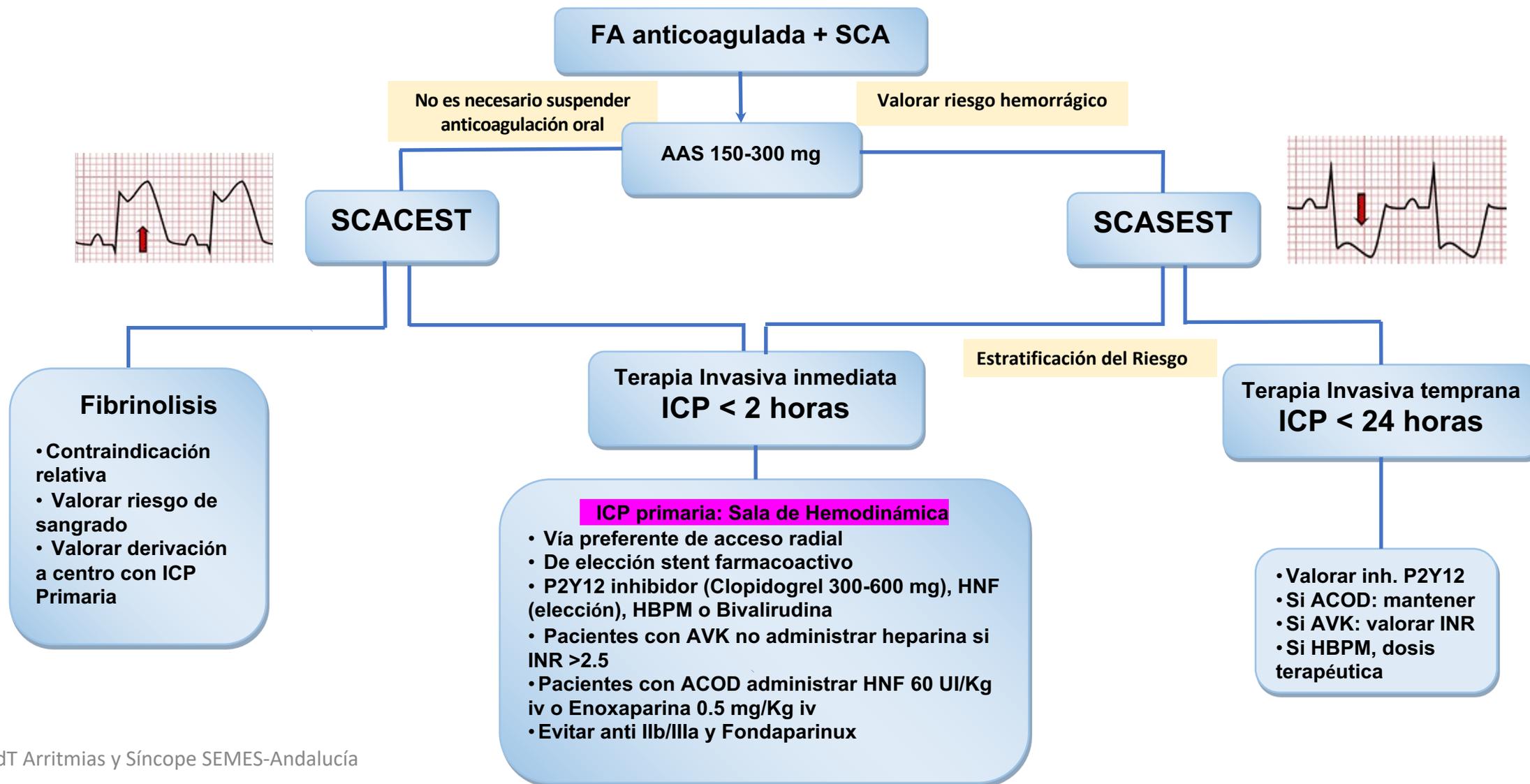
- NO interrumpir la anticoagulación (AVK ni ACOD) para ICP
- Inhibidor P2Y12 tras conocer anatomía coronaria
Clopidogrel 300-600 mg en dosis de carga y continuar con 75 mg/24h. No es necesario ajustar dosis en IR
- Heparina antes ICP:
 - Si toma AVK: no administrar HNF si INR > 2.5
 - Si toma ACOD: adm. HNF 60 UI/Kg o HBPM 0.5 mg/Kg independientemente de la hora de la toma
- Inhibidores de la GP IIb/IIIa, Bivalirudina: sólo en caso de rescate o complicaciones del procedimiento.
- Vía acceso radial
- Stent farmacológico

Terapia invasiva temprana < 24h

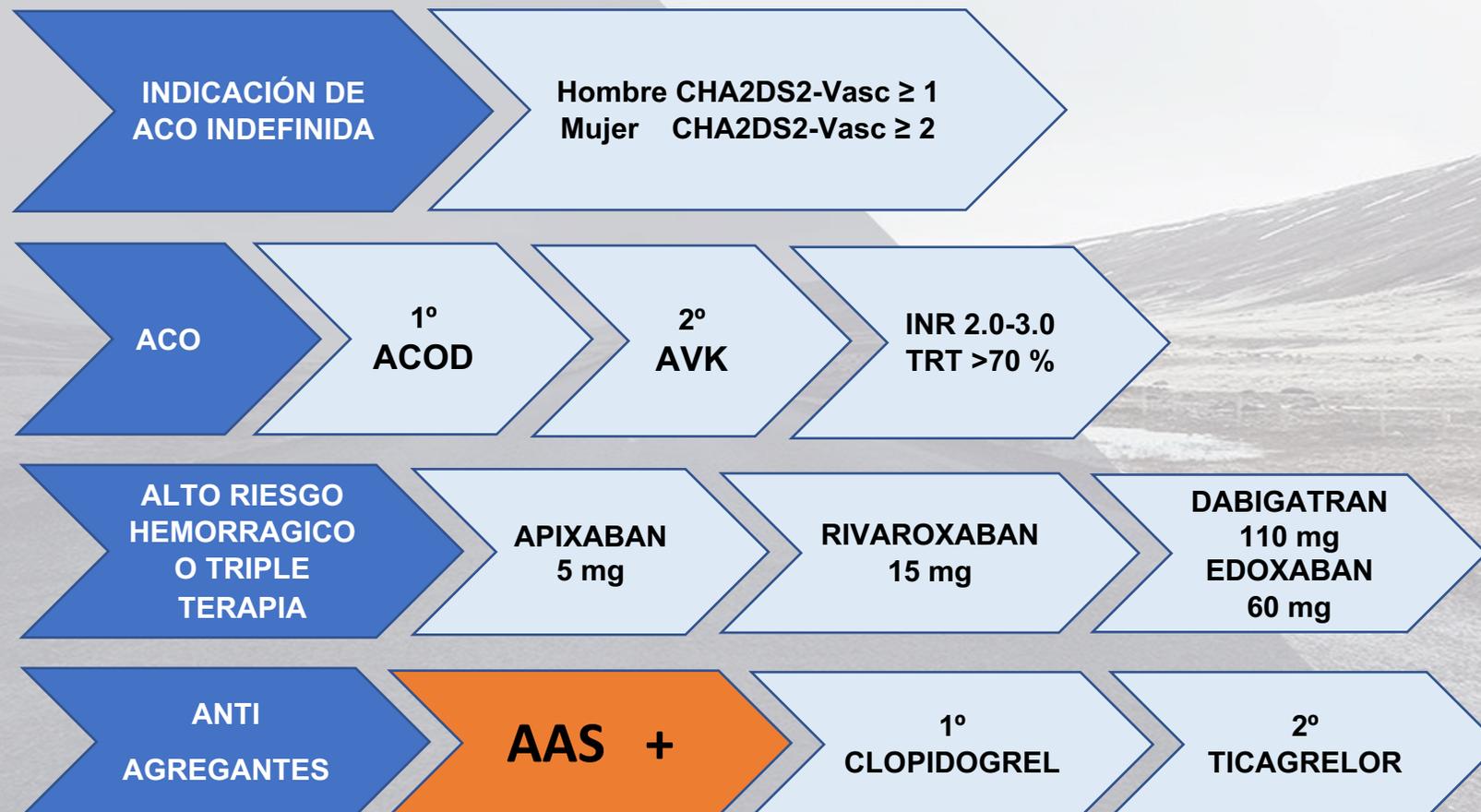
- Valorar inh. P2Y12
- Si ACOD: mantener
- Si AVK: valorar INR
- Si HBPM, dosis terapéutica

Terapia Invasiva electiva

FIBRILACIÓN AURICULAR Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO



Tratamiento al alta hospitalaria



Estudios comparativos

PIONNER AF RIVAROXABAN EN FA-ICP

2124 pacientes con FA e ICP

Riva 15 mg 12 meses

Riva 2.5 mg, 1, 6 ó 12 meses después Riva 15 mg

AVK 12 meses

P2Y₁₂ inh. 12 meses

P2Y₁₂ inh. 1, 6 ó 12 meses

P2Y₁₂ inh. 1, 6 ó 12 meses

AAS 12 meses

AAS 12 meses

Rivaroxabán frente a AVK en pacientes con FA sometidos a ICP. En pacientes con FA sometidos a ICP con implante de stents, rivaroxabán 15 mg más un inh. P2Y₁₂ durante 12 meses o de rivaroxabán 2,5 mg más un inh. P2Y₁₂ y AAS durante 1, 6 ó 12 meses, se asoció con una tasa más baja de sangrado clínicamente significativo que el tratamiento estándar con AVK más inh. P2Y₁₂ y AAS durante 1, 6 ó 12 meses. Los tres grupos tuvieron tasas de eficacia similares, aunque los amplios intervalos de confianza observados disminuyen la seguridad de cualquier conclusión con respecto a la eficacia.

RE-DUAL DABIGATRAN EN FA-ICP

2725 pacientes con FA e ICP

Dabi 150 mg 12 meses

Dabi 110 mg 12 meses

AVK 12 meses

P2Y₁₂ inh. 12 meses

P2Y₁₂ inh. 12 meses

P2Y₁₂ inh. 12 meses

AAS 1 a 3 meses

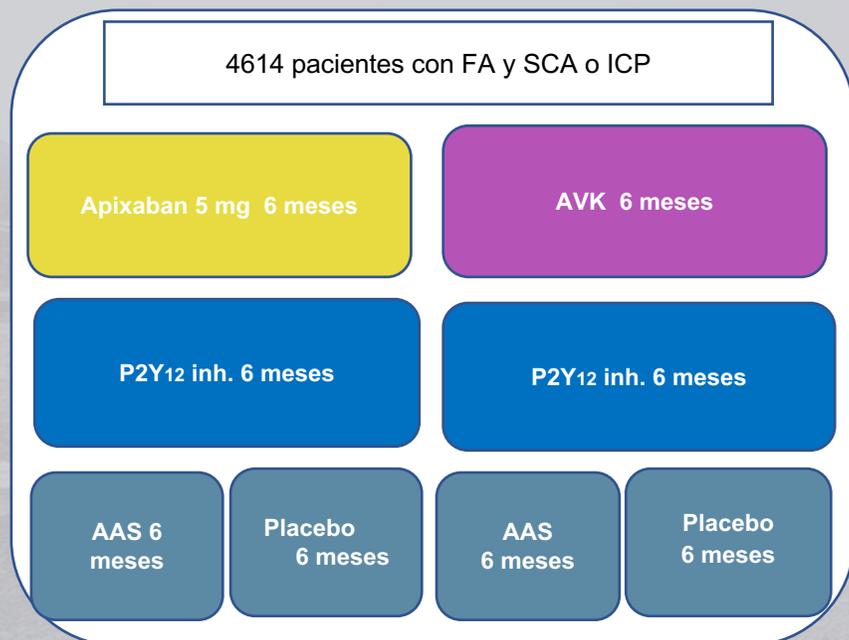
Dabigatrán en doble terapia frente a AVK en triple terapia en pacientes con FA sometidos a ICP.

En pacientes con FA sometidos a ICP, el riesgo de sangrado fue menor entre los que recibieron terapia dual con dabigatrán e inh. P2Y₁₂ a los 12 meses que entre los que recibieron terapia triple con AVK, inh. P2Y₁₂ y aspirina.

La terapia dual no fue inferior a la triple terapia con respecto al riesgo de eventos tromboembólicos.

Estudios comparativos

AUGUSTUS APIXABAN EN FA-ICP

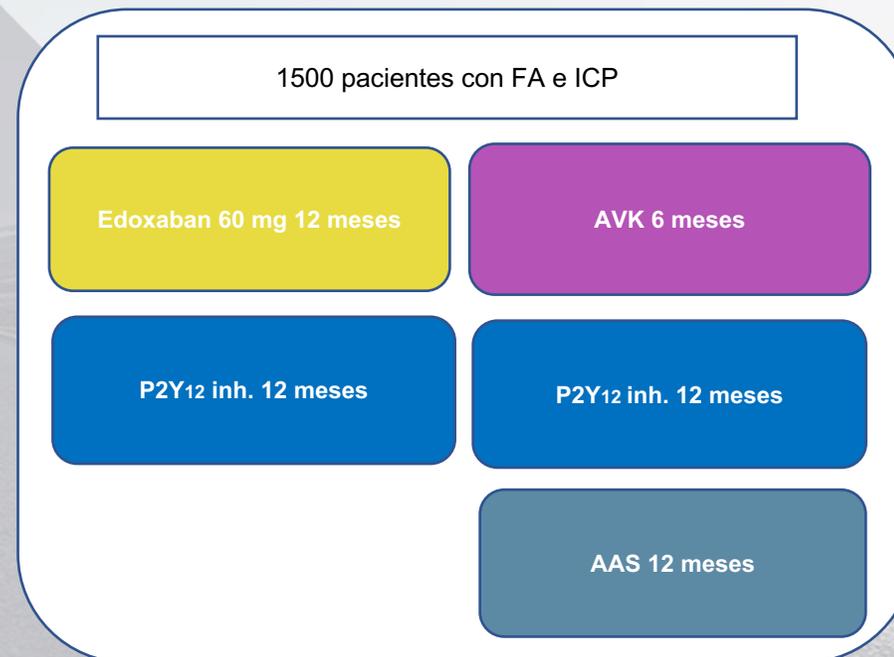


Apixabán frente a AVK y Aspirina frente a placebo en pacientes con FA y SCA y/o ICP.

En pacientes con FA y SCA reciente y/o ICP, apixabán e inh. P2Y12 sin aspirina presentó una menor tasa de sangrado y menos muertes y hospitalizaciones, con una tasa similar de eventos isquémicos en comparación con terapia de AVK y un inh. P2Y12 con o sin aspirina.

El riesgo de sangrado fue significativamente mayor cuando se administró aspirina en combinación con anticoagulante y un inh. P2Y12, que cuando se administró un anticoagulante sin aspirina.

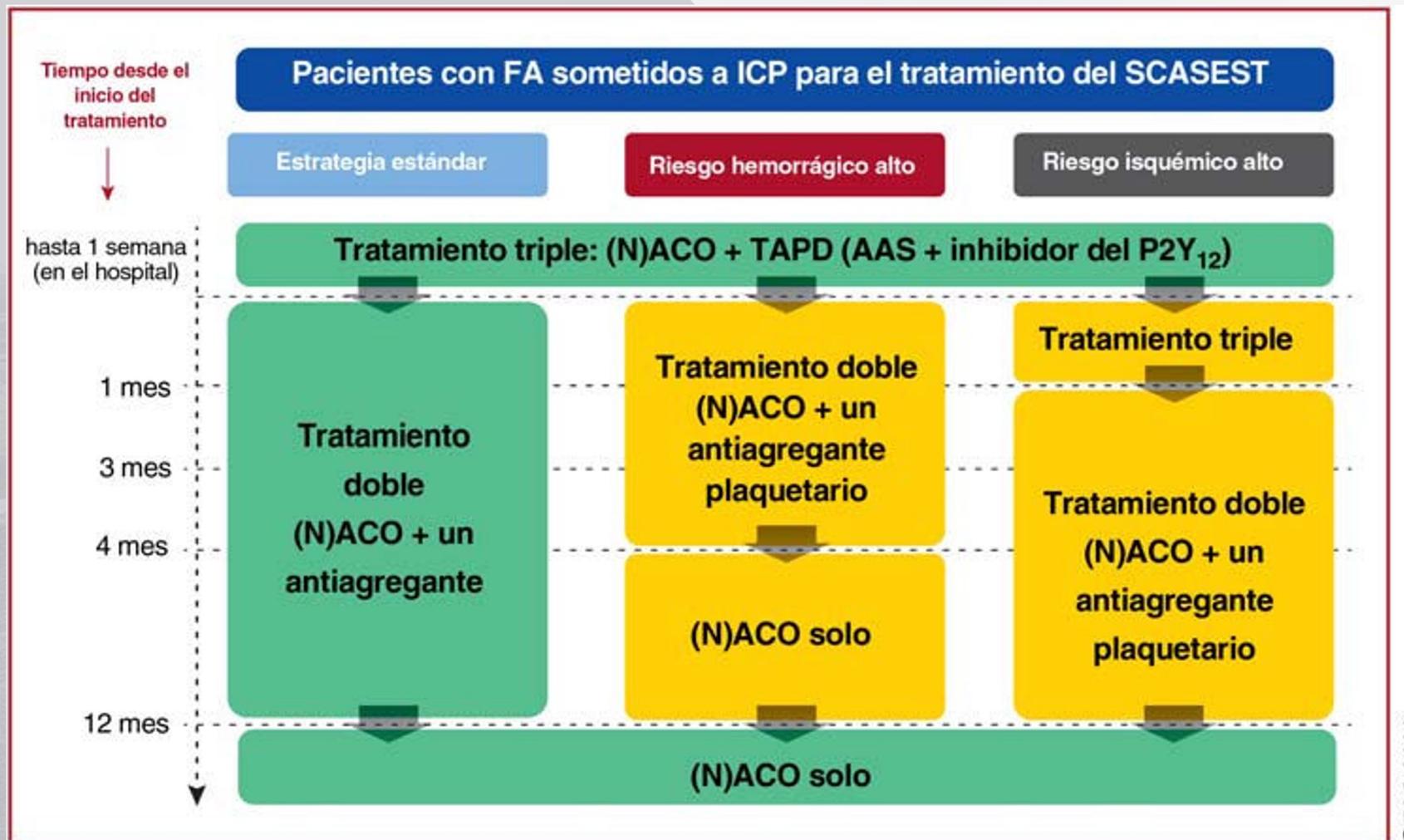
ENTRUST AF PCI EDOXABAN EN FA-ICP

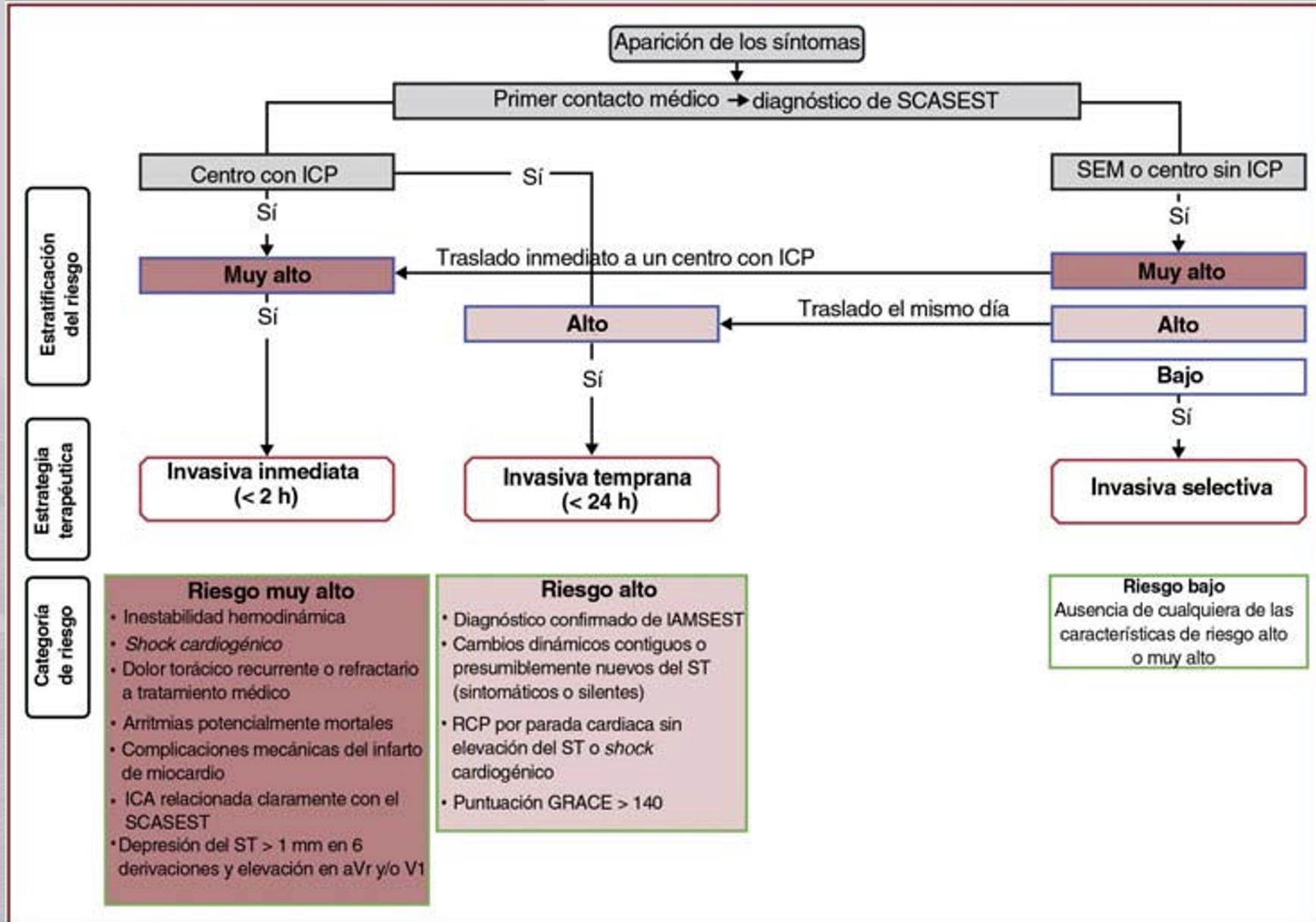


Edoxabán frente a AVK en pacientes con FA sometidos a ICP.

En pacientes con FA que se someten a ICP, la terapia antitrombótica dual con edoxabán más un inh. P2Y12, fue no inferior al tratamiento con AVK más aspirina y un inh. P2Y12 en relación al sangrado, sin diferencias significativas en los eventos isquémicos.

Tratamiento al alta hospitalaria





BIBLIOGRAFÍA

- Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento STJ.-P. Collet et al. / Rev Esp Cardiol. *Jean-Philippe Collet, Holger Thiele, Emanuele Barbato, Olivier Barthélémy, Johann Bauersachs, Deepak L. Bhatt, Paul Dendale, Maria Dorobantu, Thor Edvardsen, Thierry Folliguet, Chris P. Gale, Martine Gilard, Alexander Jobs, Peter Jüni, Ekaterini Lambrinou, Basil S. Lewis, Julinda Mehilli, Emanuele Meliga, Béla Merkely, Christian Mueller, Marco Roffi, Frans H. Rutten, Dirk Sibbing, George C.M. Siontis* Rev Esp Cardiol. 2021;74:544.e1-544.e73
- [Validación de la puntuación ARC-HBR en pacientes con SCA: el primer paso para reducir el riesgo hemorrágico](#) Róisín Colleran, Philip Urban Rev Esp Cardiol. 2022;75:360-3
- Aplicabilidad de los criterios de alto riesgo hemorrágico del *Academic Research Consortium* al síndrome coronario agudo sometido a intervención coronaria percutánea, Emad Abu-Assi, Sergio Raposeiras-Roubín, María Cespón Fernández, Berenice Caneiro Queija, María Melendo Viu, Andrés Iñiguez Romo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Alvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España Rev Esp Cardiol. 2022;75:375-383
- Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST *Autores/miembros del Grupo de Trabajo: Borja Ibanez* (coordinador) (España), Stefan James* (coordinador) (Suecia), Stefan Agewall (Noruega), Manuel J. Antunes (Portugal), Chiara Bucciarelli-Ducci (Reino Unido), Hector Bueno (España), Alida L.P. Caforio (Italia), Filippo Crea (Italia), John A. Goudevenos (Grecia), Sigrun Halvorsen (Noruega), Gerhard Hindricks (Alemania), Adnan Kastrati (Alemania), Mattie J. Lenzen (Países Bajos), Eva Prescott (Dinamarca), Marco Roffi (Suiza), Marco Valgimigli (Suiza), Christoph Varenhorst (Suecia), Pascal Vranckx (Bélgica) y Petr Widimsky (República Checa)* Rev Esp Cardiol. 2017;70(12):1082.e1-e61
- Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la *European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)* Gerhard Hindricks*, Tatjana Potpara*, Nikolaos Dagres, Elena Arbelo, Jeroen J. Bax, Carina Blomström-Lundqvist, Giuseppe Boriani, Manuel Castilla¹, Gheorghe-Andrei Dan, Polychronis E. Dilaveris, Laurent Fauchier, Gerasimos Filippatos, Jonathan M. Kalman, Mark La Meir¹, Deirdre A. Lane, Jean-Pierre Lebeau, Maddalena Lettino, Gregory Y.H. Lip, Fausto J. Pinto, G. Neil Thomas, Marco Valgimigli, Isabelle C. Van Gelder, Bart P. Van Putte¹, Caroline L. Watkins Rev Esp Cardiol. 2021;74:437.e1-437.e116



Grupo de
ArriTmias ⚡ **SíncoPe**
SEMESANDALUCÍA